

gav att hon på sjukhuset fått höra att hon sannolikt hade haft tumören i två år.

Hon hade påtalat för distriktsläkaren att hon noterat blod i avföringen. Kan man då som läkare nöja sig med att tre avföringsprov är negativa trots att patienten påtalat motsatsen? undrade hon bland annat.

Ansvarsnämnden tog in patientens journaler och ett yttrande av distriktsläkaren, som bestred att han gjort fel.

Inget alarmerande

Han framhöll att vid hans undersökning av patienten framkom inget som var alarmerande för malignitet. Erforderliga prov togs för att ytterligare minimera risken. Om proven utföll positivt planerades ytterligare utredning med rektoskopi. Samtliga prov var dock normala.

Alla patienter fick samma information: »Är proverna normala kommer vi ej att meddela detta, men är det något som ej är normalt hör vi av oss snarast.«

Vidare: »Om dina besvär kvarstår trots att proverna är normala vill jag att du boka en ny tid för ytterligare utredning.«

Patienten sökte först drygt ett år senare för samma besvär. Hon handlades då på exakt samma sätt förutom att vid detta tillfälle var proven inte normala och följaktligen gick utredningen vidare.

Patienten skriver i sin anmälan att tumören funnits i två års tid, vilket är en spekuliation som varken kan beökas eller verifieras, menade distriktsläkaren.

Hänvisade till vårdprogram

Patienten hänvisade i ett nytt yttrande till »Vårdprogram och register för kolorektal cancer« från onkologiskt centrum för Sydöstra sjukvårdsregionen. Där står bland annat att den största delen av patienterna med kolorektal cancer har en mycket diffus symtombild och att det oftast rör sig om diskreta förändringar i tarmvanor.

Vidare står att »samtliga patienter med symtom från kolon eller rektum bör utredas med frågeställningen cancer tills motsatsen bevisats«.

Det står också att en rektoskopiundersökning är ett måste vid varje kolonutredning.

Patienten ansåg inte att de undersökningar som gjordes var tillräckliga för att utesluta cancer.

När hon fick veta att hennes prov var normala nöjde hon sig med det beskedet trots att hon fortfarande hade symtom från tarmarna.

Distriktsläkaren angav i nytt svar att han är väl förtrogen med vårdprogrammet och att man på vårdcentralen tillämpar utredningsriktlinjer från det.

Om de första proven utföll positivt hade en fortsatt utredning gjorts i linje med det vårdprogrammet och då på vårdcentralens initiativ (se journalanteckning), hävdade distriktsläkaren.

Patienten ombads återkomma för ytterligare utredning om symtomen kvarstod trots att proven var normala. Detta innebär att ett visst ansvar vilar på patienten i de fall då patientens autonomi tillåter det.

När patienten sökte för samma symtom över ett år senare, den 27 februari 2006, gjordes en utredning i enlighet med vårdprogrammet.

Ansvarsnämnden konstaterar att pati-

enten vid besöket hos distriktsläkaren berättade om ändrade avföringsvanor, smärtor vid tömning av ändtarmen och blod i avföringen.

Dessa symtom gjorde att malignitet inte kunde uteslutas.

Ingen rektalpalpation eller rektoskopi

En undersökning av ändtarm och tjocktarm var därför nödvändig att utföra. Distriktsläkaren gjorde dock varken rektalpalpation eller rektoskopi.

Patienten fick inte heller någon återbesökstid utan skulle höra av sig om besvären fortsatte.

Distriktsläkaren får en varning. ■

Vid utebliven mens ska en möjlig graviditet alltid uteslutas

Vid utebliven menstruation ska en möjlig graviditet alltid uteslutas. Att en 16-årig flicka, både med fadern närvarande och i enskilt samtal, nekat till att ha haft samlag utgör inte ett skäl till att avstå från att göra ett graviditetstest. (HSAN 675/07)

Den 16-åriga flickan sökte akut på gynekologakuten tillsammans med sin far den 10 oktober på grund av buksmärter och utebliven menstruation sedan den 28 maj. En ST-läkare frågade henne om hon hade haft samlag, vilket hon nekade till.

ST-läkaren gjorde ingen gynekologisk undersökning utan kände endast på buken och gjorde en ultraljudsundersökning med proben mot perineum. Något graviditetstest togs inte.

Den 5 december gjordes en ultraljudsundersökning, som visade att flickan var gravid i vecka 25+3.

För sent för abort

Flickan och hennes föräldrar anmälde ST-läkaren.

Flickan ville göra abort men fick besked om att det inte gick eftersom Socialstyrelsen inte godkänner abort efter vecka 22. Flickan bröt ihop.

Föräldrarna gjorde anmälan på grund av att ST-läkaren gjorde en allvarlig miss den 10 oktober, då fostret var i vecka 17 och abort var möjlig.

Eftersom flickan lämnade urinprov så tog de för givet att det testades för graviditet. ST-läkaren sa att flickan inte var gravid. Hur kan en gynekolog missa detta? Och inte se ett foster i vecka 17? kritiserade föräldrarna.

Fallet anmälades enligt Lex Maria. Socialstyrelsen konstaterade att det inte togs graviditetstest på urinen därför att flickan hade förnekat att hon haft samlag samt att rutin för att ta graviditetstest vid långvarigt utebliven menstruation på fertila kvinnor saknades.

Diagnosen som ställdes blev ägglossningssmärter.

Chefens ansvar

Flickan ville göra abort men fick besked om att Socialstyrelsen inte skulle godkänna detta efter graviditetsvecka 22.

Socialstyrelsen kritiserade avsaknaden av vårdrutin på kvinnoklinikens akutmottagning om att graviditetstest ska kontrolleras vid långvarigt utebliven menstruation hos fertila kvinnor.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska

»Att en 16-årig flicka, både med fadern närvarande och i enskilt samtal, nekat till att ha haft samlag utgör inte ett skäl till att avstå från att göra graviditetstest.«

verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner i verksamheten så att patientsäkerheten säkerställs.

Ansvarsnämnden tog in patientens journal och ett yttrande av ST-läkaren, som motsatte sig anmärkningarna mot henne. Hon berättade att på direkt förfrågan negerade patienten två gånger att hon någonsin haft samlag. Baserat på dessa uppgifter gjordes ingen inre gynekologisk undersökning och inte heller vaginalt ultraljud.

I stället gjordes en undersökning med ultraljudsproben mot perineum/slidmyrning. Den visade inte någonting patologiskt. Vid bukpalpation var patienten lätt öm i nedre delen av buken, men buken var helt mjuk.

Differentialdiagnoserna som främst var aktuella utifrån anamnesen var ovarialcysta, urinvägsinfektion, appendicit, vilka uteslöts, och ovulationssmärta.

Patienten fick remiss för kontroll av CRP och LPK två dagar senare.

Litar på patienten

Vid telefonkontakt mellan henne och patienten sju dagar efter akutbesöket uppgav patienten att hon mådde bättre.

ST-läkaren hade försökt att på bästa möjliga sätt visa respekt för patienten och lita på de uppgifter som hon presenterade. Graviditetstest tas inte rutinmässigt utan görs efter att patienten har tillfrågats. Om patienten uppger att hon är virgo litar de på det.

Alla diagnoser bygger på en kombination av anamnes och klinisk undersökning och de utgår ifrån att patienterna talar sanning, underströk ST-läkaren.

Ska alltid uteslutas

Ansvarsnämnden slår fast att vid utebliven menstruation ska en möjlig graviditet alltid uteslutas. Att en 16-årig flicka, både med fadern närvarande och i enskilt samtal, nekat till att ha haft samlag utgör inte ett skäl till att avstå från att göra graviditetstest.

Som framgår av Socialstyrelsens beslut saknades det dock rutiner om att graviditetstest alltid ska tas på fertila kvinnor vid utebliven menstruation, vilket kan förklara bristen i detta avseende.

I den artonde graviditetsveckan når livmodern upp till strax under naveln. ST-läkaren borde därför ha kunnat känna livmodern vid en undersökning av buken.

Det hade också varit möjligt för henne att genomföra en klinisk gynekologisk undersökning med palpation via ändtarmen och ett abdominellt ultraljud.

För sin bristfälliga undersökning får ST-läkaren en erinran. ■

Vänta med att hitta på egen klassifikation av negativa händelser

I oktober 2004 lanserades World alliance for patient safety som ett resultat av WHOs strävan mot en säkrare sjukvård.

Alliansens första utmaning inriktades på förbättrad vårdhygien under mottot »Clean care is safer care«. Kampanjen genomfördes 2005–2006 och samlade deltagare från ca 120 av WHOs medlemsländer, dock inte Sverige.

Den andra utmaningen, som just startat, är inriktad på säkrare kirurgi: »Safe surgery saves lives«. Vi återkommer till den senare i Läkartidningen.

WHOs patientsäkerhetsallians arbetar även inom andra områden, och ett av dessa gäller utvecklandet av en förbättrad klassifikation och taxonomi avseende patientsäkerhet. Detta arbete bedrivs gemensamt med den enhet inom WHO som står för sjukdomsklassifikationen.

Mycket användbart

I arbetsgruppen ingår bland många andra Martti Virtanen vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Nordiskt center för klassifikationer i hälso- och sjukvården, Uppsala universitet. Arbetet bedrivs snabbt, och man planerar att vara klara under första kvartalet 2009.

Enligt Martti Virtanen kan det system som utvecklas vara mycket användbart för händelseanalyser och liknande, men knappast för den mer vardagliga avvikelserapporteringen gällande mindre fel, tillbud och dylikt. För mer information: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>.

Nästa version av sjukdomsklassifikation, ICD-11 <<http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision.pdf>>, väntas tidigast 2011. I den avser man att utveckla kapitlet om »yttre orsaker till sjukdom och död« och i synnerhet det avsnitt som berör »missöden under medicinsk och kirurgisk behandling«.

I den nuvarande ICD-10 är detta kapitel otillräckligt, men det är ändå den bästa klassifikation, som finns tillgänglig i dagsläget.

Sedan i somras driver Socialstyrelsen ett utvecklingsprojekt: »Snomed CT – för ett gemensamt språkbruk i vård och omsorg som överbryggar gränser«,

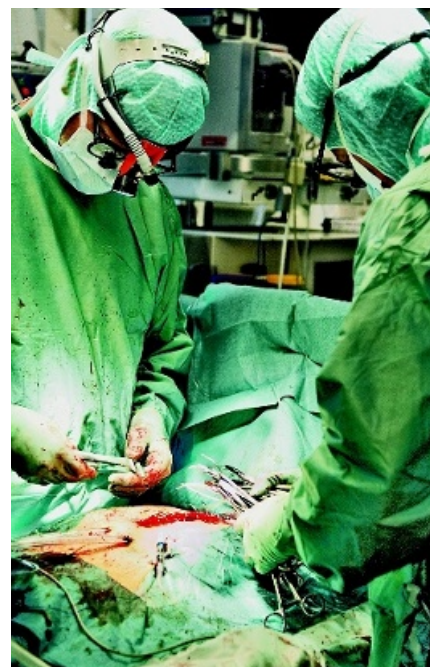


Foto: Urban Orzolek

Den andra utmaningen, som just har startat, är inriktad på säkrare kirurgi: Safe surgery saves lives.

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/inter_fragor/snomedct/>.

Det ska avrapporteras i mars 2011. Även detta projekt kan få betydelse för klassifikation av negativa händelser. Snomed CT drivs av en internationell intresseorganisation, bildad av nio länder. Förutom översättning och harmonisering till svenska förhållanden behöver systemet vidareutvecklas och kvalitets-säkras för att tillfredsställa framtida behov.

Utanför gruppen av Snomed-entusiaster kan man ibland stöta på tvivel om projektets realiserbarhet.

På många håll i landet pågår arbete för att gruppera avvikelserapporter med någon slags eget hemmagjort klassifikationssystem. Kanske det finns skäl att i avvaktan på WHOs arbete vänta med alltför stora ansträngningar och nöja sig med ICD-10 tills vidare?

Jon Ahlberg
medicinsk redaktör,
Läkartidningen